

4. Etiology of chronic leg ulcers in 31,619 patients in Germany analyzed by an expert survey / A. Körber [et al.] // J. Dtsch. Dermatol. Ges. – 2011. – Vol. 9, N 2. – P. 116–21. doi: 10.1111/j.1610-0387.2010.07535.x

5. Thomas, D.R. Managing venous stasis disease and ulcers / D.R. Thomas // Clin. Geriatr. Med. – 2013. – Vol. 29, N 2. – P. 415–24. doi: 10.1016/j.cger.2013.01.006

6. Prevalence of leg ulceration in a London population / C.J. Moffatt [et al.] // QJM. – 2004. – Vol. 97, N 7. – P. 431–37.

**УДК 616.37-006-089**

## **АНАЛИЗ ВЫЖИВАЕМОСТИ ПАЦИЕНТОВ ПРИ КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

*Соболь В.Н., Луд Н.Г., Кожар В.Л.*

УО «Витебский государственный медицинский университет»

**Введение.** В структуре онкологических заболеваний в Республике Беларусь рак поджелудочной железы (РПЖ) в 2017 году составил среди мужчин – 13,8 и среди женщин – 10,4 на 100 000 населения, при этом прирост показателей заболеваемости злокачественными новообразованиями поджелудочной железы за 2008 -2017 годы составил 29% [1]. По прогнозам, базирующимся на демографических и ежегодных процентных изменениях показателей заболеваемости и смертности, к 2030 году РПЖ будет второй ведущей причиной смерти от онкопатологии в США [2].

Таким образом, общий прогноз при РПЖ остается неутешительным, что свидетельствует о необходимости совершенствования методов диагностики заболевания на более ранних стадиях развития и использования наиболее эффективной тактики лечения.

**Цель.** Оценить непосредственные и отдаленные результаты радикальных хирургических вмешательств у пациентов при раке головки поджелудочной железы.

**Материал и методы исследования.** Промежуточному анализу с интервалом в один год подвергнуты результаты радикальных хирургических вмешательств при раке головки поджелудочной железы у 82 пациентов, оперированных в 2011-2015 г.г. Средний возраст пациентов составил 56 лет и варьировал от 34 до 78 лет. У 14 из 82 пациентов имелась I, у 60– II и у 8– III стадия заболевания. При морфологическом исследовании у 73 пациентов выявлена аденокарцинома БДУ, у 4-х – светлоклеточная карцинома, у 3-х – нейроэндокринная карцинома и у 2-х – цистаденокарцинома. У 10 пациентов наблюдалась высокодифференцированная опухоль, у 44– средняя степень, у 19 низкая степень, у 4– недифференцированные карциномы и у 5 степень дифференцировки не была констатирована.

Для оценки результатов лечения вычисления проводились от даты радикального вмешательства с применением экстенсивного показателя. Датой завершения очередного исследования считали 1 ноября 2019 года. Анализы данных выполнялись с использованием программного комплекса Statistica(10.0).

**Результаты и обсуждение.** Согласно данным канцер-регистра в период за 2011–2015 годы в Витебской области зарегистрировано 400 вновь выявленных случаев рака головки поджелудочной железы, из них 82 (20,5%) пациента были радикально оперированы: панкреатодуоденальная резекция (ПДР) была произведена у 73, в том числе комбинированная – у 2, пилоросохраняющая – у 4 и лапароскопическая – у одного пациента; панкреатэктомия выполнена у 9, из них комбинированная – у 2 пациентов. В 5 случаях предварительно выполнялись вмешательства по устранению желтухи.

На 17 октября 2019 года из 82 пациентов, перенесших радикальные оперативные вмешательства на поджелудочной железе, умерли 71 (86,59%), в том числе в сроки до 30

дней после операции – 6 (8,45%), в течение 2-6 месяцев – 16 (22,54%), 7-12 месяцев – 23 (32,4%), от 1 до 2 лет – 7 (9,86%), от 2 до 3 лет – 10 (14,08%), от 3 до 5 лет – 5 (7,04%) и прожили более 5 лет 4 (5,63%) пациента. Наибольшее число пациентов (45 из 71 или 63,38%) умерли в течение первого года после операции. Из 13 пациентов, оперированных в 2011 году, умерли все 13 (100%), из 20 – в 2012 году, -18 (90%), из 14 – в 2013 году, -12 (85,7%), из 14- в 2014 году, - 13 (92,86%) и из 21, оперированных в 2015 году, умерли 15 (71,4%) пациентов. Медиана продолжительности жизни после операции среди всех умерших пациентов составила 336 дней (при I-ой стадии –361, при II-ой – 307 и при III-ей стадии – 238 дней). У пациентов с регионарными метастазами при II-ой и III-ей стадиях заболевания этот показатель равнялся 245 дням. Полученные результаты анализа несколько отличаются от данных проспективного исследования Егорова В.И. [3], согласно которым 1-летняя выживаемость составила 46%, а медиана продолжительности жизни – 18 месяцев.

На день завершения исследования под наблюдением находятся 11 (13,4%) пациентов с продолжительностью жизни после операции от 1415 до 2655 дней. Без признаков прогрессирования в 3-й клинической группе наблюдаются 7 (63,63%), во 2-ой – 1 (9,09%) и в 4-ой – 3 (27,27%) пациента. У 3 из этой группы пациентов была I и у 8 – II стадия, с III-ей стадией заболевания живых нет. При наличии метастазов в регионарных лимфоузлах (N1) из 40 пациентов живы 3 (7,5%). На момент завершения исследования только 7(8,5%) из 82 радикально оперированных пациентов не имеют признаков прогрессирования заболевания и наблюдаются в III клинической группе с продолжительностью жизни от 1288 до 2647 дней (медиана 1280 дней). Из 11 пациентов, находящихся под наблюдением, 6 прожили более 3-х лет и 5 –пережили пятилетний рубеж. Более 5 лет из 82 пациентов, включая умерших, прожили 9, т.е. пятилетняя выживаемость составила 10,98%. Примерно такие же данные приведены Hartwig W. et al. [4], согласно которым 5-летняя выживаемость равнялась 11,4%, а медиана продолжительности жизни – 16,1 мес. По данным Климова А.Е. и соавт. [5] односторонняя выживаемость после ГПДР составила 70%, 5-летняя – 5%, при этом из 20 пациентов более 5 лет прожил 1 пациент с Ib стадией заболевания.

Адьювантная химиотерапия проводилась у 25 пациентов. При этом монокимиотерапия с использованием 5-фторурацила или гемцитабина была проведена у 17 и полихимиотерапия по схемам GEMCAR или FOLFIRINOX – у 8 пациентов. У 24 пациентов при прогрессировании заболевания назначалась лечебная моно- или полихимиотерапия, в том числе у 7 она сочеталась с лучевой терапией. При анализе влияния адьювантной и лечебной химиотерапии было установлено, что адьювантная химиотерапия не отодвигает сроки наступления прогрессирования заболевания, но увеличивает среднюю продолжительность жизни пациентов до 658 дней. Следует отметить, что сочетание адьювантной химиотерапии с лечебной системной терапией и лучевой терапией при прогрессировании заболевания, примерно в два раза увеличивает продолжительность жизни в сравнении с пациентами, у которых химиолучевая терапия вообще не проводилась. О повышении выживаемости при адьювантной терапии свидетельствуют и исследования Ross A.Abrams [6] согласно которым общая 5-летняя выживаемость при раке головки поджелудочной железы наблюдалась у 11% пациентов, которые получили послеоперационную химиолучевую терапию и у 7% пациентов, которым адьювантная терапия не проводилась.

Таким образом, результаты наших исследований, в основном, согласуются с данными современных научных исследований и свидетельствуют о крайне неудовлетворительных результатах лечения пациентов, и указывают на необходимость поиска методов диагностики заболевания на ранних стадиях его развития и совершенствования техники хирургических вмешательств, расширения показаний к проведению адьювантной терапии с целью улучшения результатов лечения пациентов, страдающих РПЖ.

## **Выводы.**

1. Радикальные хирургические вмешательства при раке головки поджелудочной железы сопровождаются высокой послеоперационной летальностью (8,45%) и низкой выживаемостью пациентов.

2. Подавляющее число пациентов (63,38%) умирают в течение первого года после радикальных гастропанкреатодуоденальных резекций и панкреатэктомий.

3. Однолетняя выживаемость после радикальных операций составляет 36,62%, 3-летняя – 18,29%, 5-летняя – 10,98%. Медиана продолжительности жизни среди всех умерших пациентов составила 336 дней.

4. Адьювантная химиотерапия не отодвигает сроки наступления прогрессирования заболевания, но увеличивает среднюю продолжительность жизни пациентов.

5. Сочетание адьювантной и лечебной химиолучевой терапии при прогрессировании заболевания, примерно в два раза увеличивает продолжительность жизни в сравнении с пациентами, у которых данная терапия не проводилась после операции или при прогрессировании заболевания.

## **Литература:**

1. Океанов, А.Е. Статистика онкологических заболеваний в Республике Беларусь (2008-2017) / А.Е. Океанов, П.И. Моисеев, Л.Ф. Левин ; под ред. О.Г. Суконко. – Минск : РНПЦ ОМР им. Н.Н.Александрова, 2018. – 286 с.

2. Siegel, R.L. Cancer statistics, 2017 / R.L. Siegel, K.D. Miller, A.A Jemal // Cancer Journal for Clinicians. – 2017. – Vol. 67. – P. 7–30. doi:10.3322/caac.21387 9

3. Егоров, В.И. Результаты тотальной при злокачественных опухолях поджелудочной железы / В.И. Егоров, Р.В. Петров, Н.С. Старостина // Тезисы 41 науч. сессии ЦНИИГ // Гастроэнтерология. – 2015. – № 2 (103). – Ч. II. – С. 48.

4. Preoperative biliary drainage for cancer of the head of the pancreas / W. Hartwig [et al.] // N. Engl. J. Med. – 2010. – Vol. 362, №2. – P. 129–137.

5. Отдаленные результаты хирургического лечения больных раком органов билиопанкреатодуоденальной области / А. Е. Климов [и др.] // Хирургия. – 2014. – № 5. – С. 37–41.

6. Preoperative biliary drainage for obstructive jaundice / A. Ross [et al.] // Cochrane Database Syst. Rev. – 2008. – Vol. 3. – CD005444.

## **Литература:**

3. Гарбузенко, Д.В. Избранные лекции по неотложной абдоминальной хирургии / Д.В. Гарбузенко – Saarbrücken, Germany : LAP LAMBERT Academic Publishing GmbH & Co., 2012. – 99 с.

4. Котив, Б.Н. Госпитальная хирургия / Б.Н. Котив, Л.Н. Бисенков ; под ред. Б.Н. Котива, Л.Н. Бисенкова. – СПб. : СпецЛит, 2016. – 245 с.

5. Янбарисова, Э.В. Диагностика и хирургическая тактика при повреждениях паренхиматозных органов брюшной полости / Э.В. Янбарисова, Ю.А. Бадретдинова, А.Г. Хасанов // Успехи соврем. естествознания. – 2014. – № 6. – С. 73–76.

**УДК 617.55(476.5)**

## **ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ТРАВМАМИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ВУЗ «ВГКБСМП»**

**Становенко В.В., Шаркова Л.И., Купченко А.М.**

УО «Витебский государственный медицинский университет»

**Введение.** Бурное развитие техники, механизация и автоматизация трудовых процессов в настоящее время, а также резкое увеличение транспортных средств приводят к катастрофическому росту дорожно-транспортных происшествий, природных и